Facultad/Escuela…………..

MODALIDAD DE ESTUDIANTES A TIEMPO PARCIAL. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |
|  |
| **DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (calle, nº, localidad, C.P.,provincia)** |
|  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | **TELÉFONO** |
|  |  |

# EXPONE:

Que desea realizar matrícula en la titulación de:

y considerando que reúne alguno de los requisitos contemplados en el art 2.2 de la vigente **NORMATIVA DE RÉGIMEN ACADÉMICO Y PERMANENCIA EN LAS TITULACIONES OFICIALES DE GRADO Y MÁSTER DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN.**

# SOLICITA:

La necesaria autorización para realizar estudios a tiempo parcial, en el curso académico , en la mencionada titulación.

A tal fin presenta la siguiente documentación:

León, de de 20

(firma del interesado)

**Nota Importante**.- Si en la matrícula del segundo semestre desea matricularse siendo el total del curso de más de 30 créditos, automáticamente toda la matrícula del curso cambiará a la **modalidad a tiempo completo.**

# Sr. DECANO/DIRECTOR DE